

武蔵野市在宅医療・介護連携推進事業

平成 27 年度 活動報告書



平成 28 年 8 月

武蔵野市

目次

武蔵野市における在宅医療・介護連携推進事業

1	2025年に向けて武蔵野市が目指す高齢者の姿	1
2	在宅医療・介護連携の推進	1
3	在宅医療・介護連携推進事業 ～国の定める8事業	2
4	武蔵野市の取組方針	2
5	武蔵野市における在宅医療・介護・福祉関係者がめざす連携	2
6	武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会	4
7	8事業の関連と4部会の設置	4
8	平成27年度 協議会・部会の開催	5
9	平成27年度 4部会の活動報告	6
1)	入退院時支援部会	6
2)	I C T連携部会	6
3)	多職種連携推進・研修部会	8
4)	普及啓発部会	9
10	武蔵野市在宅医療介護連携支援室	10
11	脳卒中のセルフマネジメント支援モデル事業への協力	13

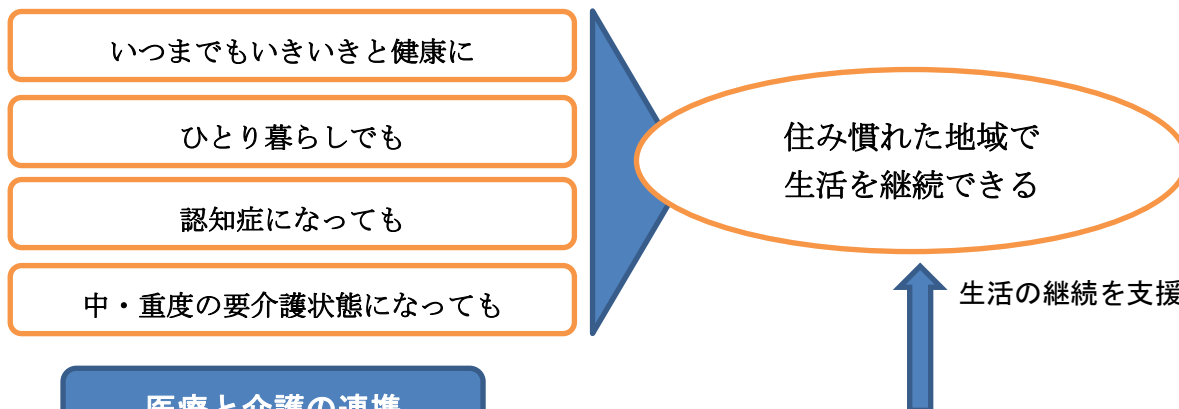
資料

・	武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会設置要綱	19
・	平成27年度 協議会委員・部会委員名簿	
	武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会	21
	入退院時支援部会	22
	I C T連携部会	22
	多職種連携推進・研修部会	23
	普及啓発部会	24
・	武蔵野市在宅医療・介護連携相談支援事業実施要綱	25
・	武蔵野市在宅医療介護連携支援室開設のお知らせ	27
・	退院前カンファレンスで必要な情報	28
・	北多摩南部脳卒中地域連携診療計画書（連携パス）の流れ	30
・	リーフレット「病気になったらどうするの？介護が必要になったらどうするの？」	33
・	武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会通信 1・2	39

武蔵野市における在宅医療・介護連携推進事業

1 2025年に向けて武蔵野市が目指す高齢者の姿

(武蔵野市高齢者福祉計画・第6期介護保険事業計画より)

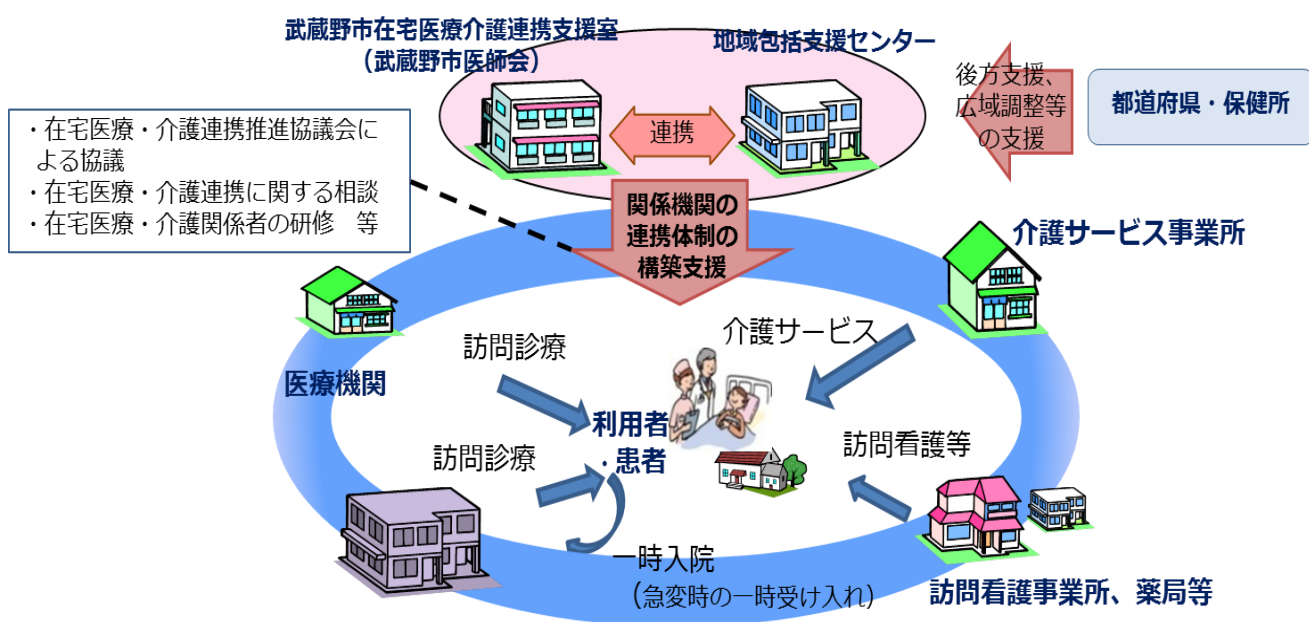


医療と介護の連携

- 病院 ○診療所 ○歯科診療所 ○薬局 ○居宅介護支援事業所 ○訪問看護・訪問リハビリテーション事業所 ○訪問介護事業所 ○通所介護・通所リハビリテーション事業所
- 在宅介護支援センター・地域包括支援センター ○基幹型地域包括支援センター
- 基幹相談支援センター ○地域活動支援センター ○武蔵野市 ○武蔵野市福祉公社
- 武蔵野市民社会福祉協議会 ○武蔵野健康づくり事業団 ○東京都多摩府中保健所

《住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための基盤としての医療と介護の連携》

2 在宅医療・介護連携の推進



3 在宅医療・介護連携推進事業 ～ 国の定める8事業（次ページ参照）

4 武蔵野市の取組方針

事業項目	内容
(ア)地域の医療・介護サービス資源の把握	・武蔵野市介護サービス事業者リスト等 既存資料の活用 ・武蔵野赤十字病院作成リハビリ資源マップの活用
(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	・「武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会」を設置し、武蔵野市における在宅医療・介護連携のルール等を協議
(ウ)切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進	・訪問看護ステーションとケアマネジャーとの連携強化 ・入・退院時支援の協議 ・多職種連携ツールの検討
(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援	・脳卒地域連携パス、もの忘れ相談シート等の活用 ・ICTの活用による多職種連携の推進
(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援	・「武蔵野市在宅医療介護連携支援室」を武蔵野市医師会に設置し、医療・介護関係者の相談・調整を行う
(カ)医療・介護関係者の研修	・地区別ケース検討会等の活用 ・テーマ別研修会、多職種合同研修会、全体研修会
(キ)地域住民への普及啓発	・健康づくり事業団による情報提供・普及啓発 ・講演会、シンポジウム等の実施
(ク)二次医療圏・関係市区町村の連携	・東京都多摩府中保健所との連携による圏域のネットワーク強化

5 武蔵野市における在宅医療・介護・福祉関係者がめざす連携

- お互いの役割を理解している
- 必要に応じた相談ができる
- 事業所、職種、専門性等を活かした協力体制がとれる
- 担当が変更しても連携が成り立つ
- 支援者としての人材育成につながる

顔の見える関係から信頼関係へ

目的と情報の共有

本人・家族の望む
生活の継続

QOL（生活の質）の
向上

在宅医療・介護連携推進事業は 2025 年に向けた 地域の環境・体制整備の一つ

→ 8 事業の実施を通して、医療と介護関係者の多職種連携が推進され、医療と介護を一体的に提供できる体制をめざす。

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市町村が、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所が、市町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施の手引き書や事例集の作成等により支援。都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を、関係者間で共有



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組みを支援

（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用し、在宅医療・介護サービスのに関する普及啓発について、講演会等の開催等



（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して広域連携が必要な事項について検討

6 武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会

「在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」(イ)に該当)の場として協議会を設置した。

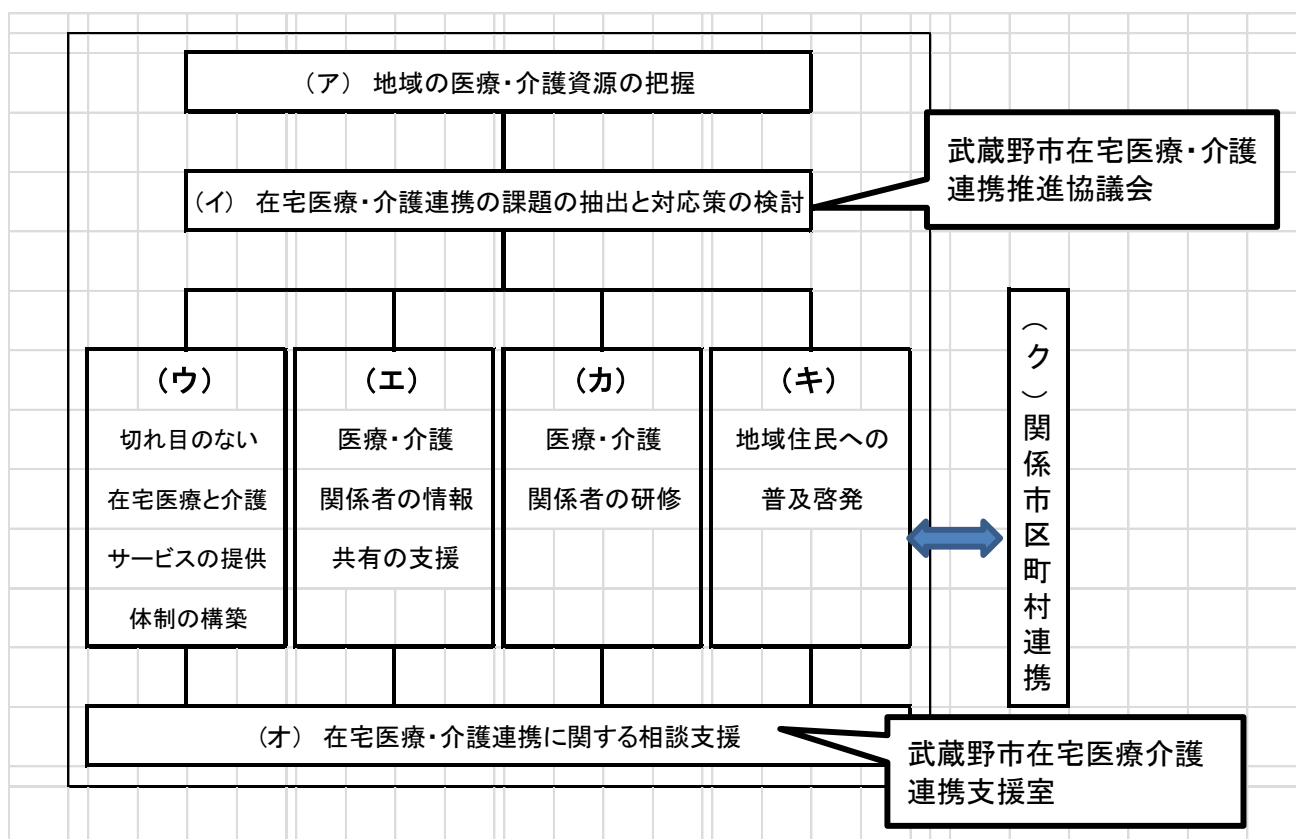
会 長 田原順雄 武蔵野市医師会副会長

副会長 武田好乃 武蔵野市指定居宅介護支援事業者連絡協議会副会長

【構成メンバー】

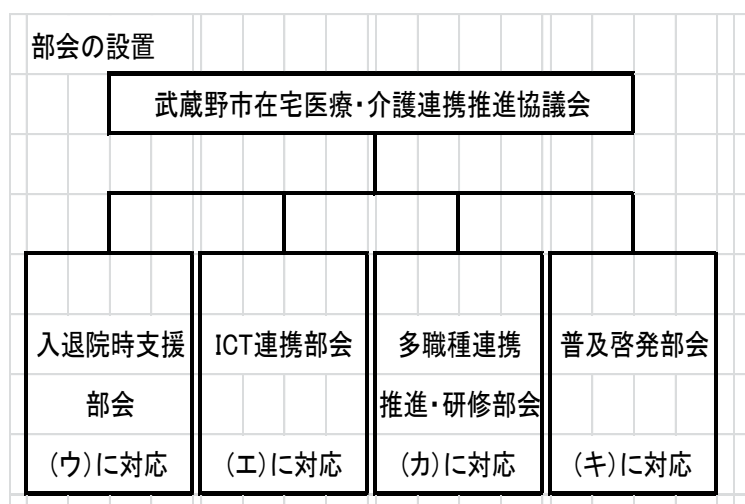
- 武蔵野市医師会 ○武蔵野市歯科医師会 ○武蔵野市薬剤師会 ○武蔵野赤十字病院
 - 居宅介護支援事業所 ○訪問介護事業所 ○訪問看護・訪問リハビリテーション事業所
 - 通所介護・通所リハビリテーション事業所 ○地域包括支援センター(基幹型)
 - 在宅介護支援センター・地域包括支援センター ○障害者福祉課 基幹相談支援センター
 - 地域活動支援センター ○武蔵野市福祉公社 ○武蔵野健康づくり事業団
 - 東京都多摩府中保健所 ○武蔵野市
- 計 17 名

7 8 事業の関連と 4 部会の設置



- ・ 8 事業は、上記のように位置づけ、一体的に取り組む。
- ・ 地域の医療・介護サービス全般に関わる事項である(ア)地域の医療・介護資源の把握については課題の抽出と対応策の検討につなげるため、協議会等全体で検討する。
- ・ (オ) 相談支援については、「在宅医療介護連携支援室」を設置し対応する。支援室の相談で把握された地域課題は、各部会や協議会等で対応策を検討する。

・事業項目(ウ)(エ)(カ)(キ)については、実務担当者からなる部会を設け、具体的な検討を行う。



8 平成 27 年度 協議会・部会の開催

年	月	協議会	部会			
			入退院時	ICT連携	多職種連携推進・研修	普及・啓発
27	4	準備会				
	5			ICT連携コア会議①		
	6	準備会		ICT連携関係者会議②		
	7	第1回協議会				
	8	部会合同会議	第1回		第1回	第1回
	9					第2回
	10		第2回		第2回	第3回
	11				脳卒中地域連携合同研修会	第4回
	12			第3回		第5回
28	1					第6回
	2		第3回		多職種連携合同研修	第7回
	3	第2回協議会				

準備会（第1回：4月24日（金） 第2回：6月26日（金））

協議会設置に向け、連携に関する現状の課題を抽出。第1回：35名 第2回：36名参加

第1回協議会：7月29日（水）

- ① 武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会の運営について
- ② 協議会の構成と平成27年度の実施の選定について、4部会の設置について
- ③ 平成27年度スケジュールについて

第2回協議会：平成28年3月4日（金）

- ① 平成27年度の進捗状況と各部会の報告
- ② ICT連携の進捗と「武蔵野市におけるICT連携ルール」について
- ③ 在宅医療介護連携支援室の活動実績について
- ④ 平成28年度スケジュールについて

9 平成 27 年度 4 部会の活動報告

1) 入退院時支援部会

《現状の課題》 事業項目(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

- 入退院時等、医療と介護関係者の連携が特に重要となる場面での情報共有や多職種連携のルールが必要である。
- 対象者の状況が変化する時や支援者が変更する時などは、ポイントを押さえた連携が特に求められる。
- 支援者がお互いの役割を理解した上で、支援計画や目標の共有が必要である。

《平成 27 年度の活動内容》

第 1 回：部会合同会議 8 月 28 日（金）

- ① 退院時カンファレンスについて 17 名参加
- ② セルフマネジメント事業（厚労省モデル事業）への協力について

第 2 回：10 月 28 日（水）

- ① 退院時カンファレンスに必要な情報、現状の課題
- ② モデル事業の進め方について 18 名参加

第 3 回：平成 28 年 2 月 23 日（火）

- ① モデル事業の報告
- ② 脳卒中患者のセルフマネジメント支援における課題
- ③ 脳卒中地域連携パスの活用（脳卒中以外の疾患への活用（試行））について
- ④ 退院時カンファレンス・チェックリストについて 18 名参加



2) ICT 連携部会

《現状の課題》 事業項目(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- ICT については、多職種が効率良く情報共有するためのツールとして活用したい。活用にあたっては、ルールづくりと検証が必要ある。
- 脳卒中地域連携パス、もの忘れ相談シート等、既存の連携ツールが関係者に共有されていないという課題がある。作成プロセスを共有するとともに、ツールの検証と必要に応じた改善を行い、多職種間の情報共有につなげる必要がある。

《平成 27 年度の活動内容》

ICT 連携コア会議： 5 月 14 日（木）

- ① ICT 活用の実際と課題 17 名参加

ICT 連携関係者会議：6 月 29 日（月）

- ① MCS（メディカルケアステーション）の概要
- ② MCS の実際（MCS を使ってみる） 65 名参加



ICT 連携部会：12月7日（月）

- ① ICT 連携の進捗状況について
- ② 武蔵野市における ICT 連携のルールについて
- ③ 現状の課題と今後の対応について 20名参加

武蔵野市における ICT 連携のルール

1. 武蔵野市における ICT 連携は、在宅医療と介護連携を推進するための「連携ツールのひとつ」であることを共通認識とする。
2. MCSにおいて被支援者（患者）グループを作る際は、主治医が支援関係者（連携メンバー）を「招待」し、被支援者（患者）本人及び家族の「同意」は主治医がとる。
3. 被支援者（患者）情報は、被支援者（患者）の尊厳を守るとともに、本人及び家族が同意した支援関係者（連携メンバー）内の共有とする。被支援者（患者）の支援について、治療方針に関することは主治医に、ケアプランに関することは介護支援専門員に確認する。
4. 武蔵野市全ユーザーグループにおいては、個別支援方針に関する情報共有は原則として行わない。
5. ICT 連携は、24 時間 365 日支援関係者を拘束したり、即時対応を求めたりするものではない。
6. 急変時や緊急連絡には、原則として電話等で直接連絡することとし、MCSは使用しない。
7. 利用にあたっては「MCS運用ポリシー（武蔵野市医師会版）」のほか、個人情報保護など各事業所が定めるルールがあればそれを尊重する。
8. 職種による視点の違いや役割の違いを相互に理解し、多職種連携を推進する。

MCS登録メンバー数 … 304 名（平成 28 年 6 月 23 日 現在）

		市内	市外
医師	58	51	7
歯科医師	19	10	9
薬剤師	36	28	8
訪問看護・訪問リハビリ	53	30	23
介護支援専門員	70	28	42
訪問介護	33	17	16
在宅介護・地域包括支援センター	12	12	0
地域包括支援センター（基幹型）	2	2	0
行政	6	6	0
その他	15	6	9
計	304	190	114

3) 多職種連携推進・研修部会

《現状の課題》 事業項目(力) 医療・介護関係者の研修

- 多職種交流のしかけとしての研修内容と方法の検討が必要。
- 多職種がお互いを理解するために、医療従事者と介護・福祉従事者が一同に介する研修が必要。
- 関係機関を網羅した研修の実施計画が必要。研修参加者は所属している団体や事業所に報告し、参加できなかった人にも情報提供する仕組みが必要。

《平成27年度の活動内容》

第1回：部会合同会議 8月28日(金)

- ① 多職種合同研修会について 26名参加

第2回：10月1日(木)

- ① 平成27年度の研修について
- ② 脳卒中連携研修について 24名参加
- ③ 多職種連携のためのグループワークについて

脳卒中地域連携合同研修会：11月26日(木)

【目的】○武蔵野市における脳卒中地域連携パスの策定プロセスを学ぶことにより、多職種連携について理解し、その現状と課題について考える。

○脳卒中発症後の再発率の高さやセルフマネジメントの必要性を理解し、セルフマネジメント支援について考える。

○セルフマネジメント支援のモデル事業について理解する。

【対象】○武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会の各部会参加者

○武蔵野市内で活動するケアマネジャー 113名 参加

【講師】武蔵野赤十字病院 医療連携センター 副センター長 高橋 紳一 氏

武蔵野赤十字病院 医療連携センター 看護師長 齋藤 恭子 氏

多職種合同研修会：平成28年2月8日(月)

【目的】○多職種によるグループワークを通して、各職種の役割や専門性を理解する。

○脳卒中の再発予防、重症化予防の重要性を理解し支援に役立てる。

【対象】○医療・介護関係者 ○民生児童委員 73名 参加



その先の連携も
考えながら・・・

本日の目的

- 顔の見える関係をつくる。
- 職種、所属による視点の違い、役割の違いを理解する。
- 私(の職種)に他職種が期待することを知る。等

4) 普及啓発部会

《現状の課題》 事業項目(キ) 地域住民への普及啓発

○2025年問題や医療の機能分化について、市民の理解を深める必要がある。

○在宅療養について、幅広い年代の市民がどのように受け止めているのか?等、市民ニーズを把握した上で、普及啓発活動を行う必要がある。

《平成27年度の活動内容》

第1回：部会合同会議 8月28日(金)

① 部会の進め方、スケジュールについて

20名参加

第2回：9月25日(金)

① 今年度の活動について 19名参加

② リーフレットの内容について

第3回：10月23日(金)

① レイアウト(案)について

② 記載項目について 16名参加

第4回：11月27日(金)

① 内容について 18名参加

第5回：12月17日(木)

① 内容について 17名参加

平成28年

第6回：1月28日(木)

① 内容、表現確認等 19名参加

第7回：2月19日(金)

① 最終確認等 16名参加

《基本的な考え方》

★2025年に向けた医療・介護の課題について周知する。(病院の機能分化・在宅医療への流れ、かかりつけの重要性、医療と介護の連携促進)

★休日初期救急について周知する。

★高齢者の他、親の介護を考える世代(40~50歳代)にも情報提供ができる。

★キャラクターの使用とストーリー仕立ての情報発信で、わかりやすい内容とする。

★手に取ってもらえるもの、目にとまるものにする。

★多職種連携による支援を周知する。

武蔵野市民なら 知って おきたい!

病気になったら どうするの?

介護が必要になったら どうするの?

高齢化が進む中、「団塊の世代」が後期高齢者(75歳)になる2025年(平成37年)に向けて、医療・介護の制度が少しずつ変化しています。最後まで自宅で安心して暮らせるための在宅療養の重要性や高齢者のニーズに合わせて多様な対応がとられています。武蔵野市に住む私たちも、地域で上手に医療介護を利用するにはどうすればよいのかの情報が盛り込まれた、保存版リーフレットです!

武蔵野市の休日診療

あなた! AEDがあるのが安心かな...心配から受ける大きな病院の急いで行ける大きな病院...
 ああ、急いで! 早く病院に行きたい...でも、休日診療の受付時間として、診療科や診療の時間を知りたい...
 早く、病院に行きたい...
 早く、病院に行きたい...
 早く、病院に行きたい...

4 休日診療
 休日診療 (15時～) 救急センター
 休日診療センター
 休日診療センター
 休日診療センター
 休日診療センター

5 救急の必要性
 救急センター
 救急センター
 救急センター
 救急センター

6 医療機関の機能分化
 救急センター
 救急センター
 救急センター
 救急センター

7 かかりつけ医を結びとるポイント
 救急センター
 救急センター
 救急センター
 救急センター

8 高齢者の医療費
 救急センター
 救急センター
 救急センター
 救急センター

救急の必要性

救急センター
 救急センター
 救急センター
 救急センター

医療機関の機能分化

救急センター
 救急センター
 救急センター
 救急センター

かかりつけ医を結びとるポイント

救急センター
 救急センター
 救急センター
 救急センター

かかりつけの必要性

救急センター
 救急センター
 救急センター
 救急センター

高齢者の医療費

救急センター
 救急センター
 救急センター
 救急センター

武蔵野市版「いつまでもここで暮らしたい!」を支える 地域の医療・介護サービス

これは、武蔵野市内で利用できるサービスです。
医療と介護が手を取り合って、地域での暮らしを支えます。

診療所 (医師)

かかりつけとして定期的に自宅に伺い医療サービスを行います。
訪問診療・定期的に訪問します
後援：状態変化に応じて訪問します

薬局 (薬剤師)

薬に関する疑問に答えるとともに、併薬を確認して薬の影響をチェックし、安心して薬を使えるようにします。

歯科診療所 (歯科医師、歯科衛生士)

むし歯・歯周病などの予防検診に加え、入れ歯の調整やしゃべり機能の回復のための口腔ケアを行います。

訪問看護 (看護師、保健師)

看護師が訪問看護ステーションから自宅に訪問し、医療処置等の看護ケアを行います。

訪問リハビリ・通所介護

自宅から施設等に違い、入浴、食事などの日常生活や、健診別指導を行います。

訪問介護

居室に訪問し、入浴、食事等の介助や、こまごまが履き替え等の援助等を行います。

ケアマネジャー

介護支援のケアプランを作成し、各種介護サービス事業者との調整を行います。

レモンキャブ

公共交通機関を利用することが困難な高齢者や障害者の外出を支援します。

福祉用具サービス

身体の状態に合わせて、日常生活の自立を助ける器具 (杖、車いす、ベッド等) の貸与・贈付を行います。

認知症見守り支援ヘルパー派遣

認知症の方への見守り、話し相手、散歩の付き添い等の支援を行います。

短期入所サービス

施設や病院に短期間入所し、日常生活上の実践や機能訓練等を行います。

困ったときはここに相談を!

介護が必要になっても住み慣れた自宅や地域で暮らせるように、相談を求めています。

介護に関する相談窓口

介護が必要になっても住み慣れた自宅や地域で暮らせるように、相談を求めています。

介護に関する相談窓口

介護が必要になっても住み慣れた自宅や地域で暮らせるように、相談を求めています。

介護に関する相談窓口

介護が必要になっても住み慣れた自宅や地域で暮らせるように、相談を求めています。

10 武蔵野市在宅医療介護連携支援室

《現状の課題》 事業項目 (才) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

- 在宅医療と介護連携に関する相談窓口寄せられた相談内容から、地域の課題を抽出し、対応策の検討につなげる必要がある。
- 相談事例と課題の解決策等を蓄積し、多職種間で共有する仕組みをつくる。その積み重ねによって関係者の相談支援のスキルアップや人材育成につなげる必要がある。

《平成27年度の活動内容》

武蔵野市医師会館内に「武蔵野市在宅医療介護連携支援室」を設置 (平成27年7月1日開設) 医療・介護・福祉関係者からの相談に対応している。

【介護関係事業者】
ケアマネジャー、訪問介護、訪問看護、訪問リハ、通所施設、介護老人保健施設 等

【医療関係】
病院・診療所
歯科診療所・薬局 等

在宅医療介護連携支援室

- 医療機関に関する相談・紹介・調整
- 往診・訪問診療に関する情報提供
- 在宅で療養する市民の入院調整
- 医療機関への介護サービスに関する情報提供 など

地域包括支援センター
在宅介護支援センター

- 総合相談支援業務
- 権利擁護業務
- 包括的・継続的ケアマネジメント業務
地域ケア会議の開催、ケアマネジャー支援
支援困難事例等への助言
- 介護予防ケアマネジメント業務 など

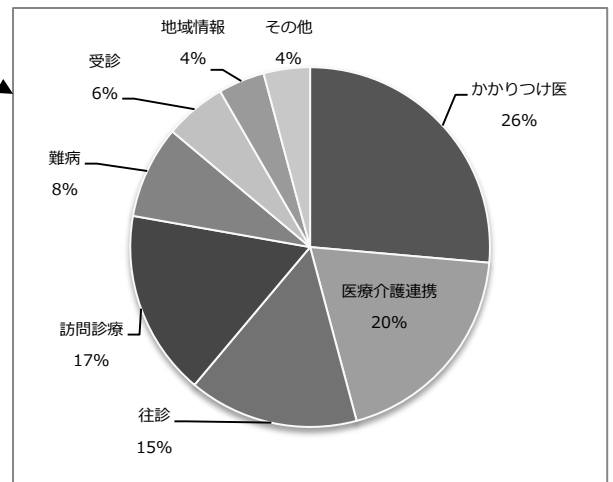
- 10 -

《平成27年度 相談実績》

相談件数

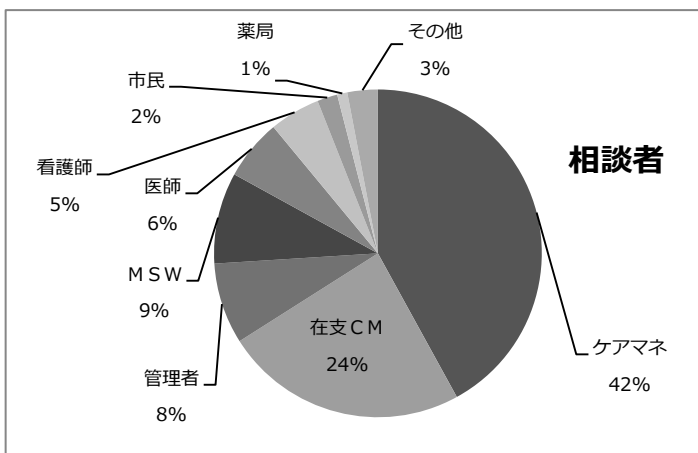
相談件数（平成27年4月～平成28年3月）			121
相談内容	在宅療養	※在宅療養調整	65
		入院入所調整	9
	退院支援	在宅療養調整	1
		転院支援	4
	その他		
相談者	医療機関		18
	訪問看護		6
	ケアマネ		51
	地域包括（在支）		29
	その他		17

在宅療養調整内訳



注）武蔵野市医師会は、相談室の設置に向け27年4月より相談員を配置。4月～6月の相談（11件）を含む

相談者の内訳



相談対応以外の活動

医療・介護連携の関係
議への参加（71件）
医療・介護資源把握を目的
とした医療機関訪問
（113件）



平成27年度 相談実績から見えてきたもの(1)
相談者の約7割はケアマネジャーからの相談である
(居宅介護支援事業所・在支・施設等)

在宅療養生活の調整に医療との連携は不可欠

医療機関側からのアプローチが少ない

★細やかな医療・介護情報の提供

情報収集の必要性

★医療連携におけるルールの理解

医療機関の受診・相談方法、かかりつけ医について
普及・啓発の必要性

★医療・介護機関との円滑な連携

医療機関側への働きかけ、言語・感覚の相違の理解



《平成28年度以降の計画》

- ① 相談内容の分析
- ② 現状把握と課題抽出
- ③ 研修や事例検討の実施

★支援者のスキルアップ
人材育成へつなげる。

★医療・介護に関する情報
収集と分析、活用。

武蔵野市在宅医療・介護連携推進事業

	国の定める事業項目	平成 27 年度の取り組み	平成 28 年度の取り組み
ア	地域の医療・介護の資源の把握	・既存資料の活用と情報収集	・医療・介護連携に必要な情報の抽出 ・リハビリテーション実施機関名簿の WEB 化
イ	在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	・平成 27 年 7 月 協議会設置 ・4 部会の設置	・協議会の開催 ・事業項目(ア)(オ)について協議 ・4 部会の活動を継続
ウ	切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	・「入退院時支援部会」の設置 ・脳卒中のセルフマネジメント支援のモデル事業(※)への協力 ・入・退院時の必要情報 ・多職種連携ツールとしての脳卒中地域連携パス(その 3)(その 4)の活用についての試行 ・訪問看護ステーションとケアマネジャーとの連携強化	・脳卒中地域連携パス(その 3)(その 4)を活用した多職種連携の推進 ・訪問看護ステーションとケアマネジャーとの連携強化 ・認知症初期集中支援チームの設置
エ	医療・介護関係者の情報共有の支援	・「ICT 連携部会」の設置・関係者合同会議の開催 ・「武蔵野市における ICT 連携のルール(案)」を検討	・ICT 活用の進捗管理と課題抽出、対応策の検討
オ	在宅医療・介護連携に関する相談支援	・毎月 10 件程度の相談対応 ・医師会の窓口として(ア)～(ク)の関係事業への参加	・相談内容の分析と課題抽出
カ	医療・介護関係者の研修	・「多職種連携推進・研修部会」の設置 ・「脳卒中地域連携合同研修会」 ・「多職種連携合同研修会」	・多職種連携に関するテーマ別研修会
キ	地域住民への普及啓発	・「普及・啓発部会」の設置 ・リーフレットの作成 ・武蔵野市地域医療連携フォーラム(平成 27 年度第 12 回テーマ地域で支える在宅医療～多職種連携による地域包括ケアシステムを考える～) ・ケアリンピック武蔵野 2015	・「在宅療養ガイドブック(仮称)の作成と配布 ・シンポジウム ・ケアリンピック武蔵野 2016
ク	在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	・北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会 ・三鷹武蔵野認知症連携を考える会	・既存のネットワークの強化 ・リハビリテーション実施機関名簿の WEB 化(再掲)

11 脳卒中のセルフマネジメント支援モデル事業への協力

「在宅医療・介護連携推進事業」に位置付け、モデル事業を実施した。

(正式名)：厚生労働省老健局 老人保健健康増進等事業 「要支援・要介護者に対する入退院時等における継続的な支援を実現するための介護支援専門員支援ツール開発及び効果検証のための調査研究事業」

《目的》 脳血管疾患罹患高齢者の再発予防・介護（重度化）予防を目的に、脳血管疾患罹患高齢者自らがセルフマネジメントに取り組むとともに、医療機関、市区町村、地域包括支援センター、介護支援専門員等が支援者となって連携しつつ、セルフマネジメントを支援するための、介護支援専門員支援ツールの開発とその効果を検証する。

【モデル事業の流れ】

- 1 入院中の情報連携とセルフマネジメントプランの作成
- 2 セルフマネジメント支援のモニタリング
- 3 関係者会議を開催し、取組成果の把握と課題の抽出
- 4 支援ツールの開発、事業検証について報告書作成

モデル事業の実施にあたり「在宅医療・介護連携推進事業」（ウ）（エ）（オ）（カ）と関連させて対応することとした。

（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

入退院時支援部会

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援 かかりつけ医との相談窓口として、支援室を活用

（カ）医療・介護関係者の研修 平成27年度の研修テーマを脳卒中とした（11/26， 2/8）

《平成27年度 スケジュール》

平成27年9月	10月	11月	12月	平成28年1月	2月	3月
	セルフマネジメント支援対象者決定				関係者会議	
	セルフマネジメント支援 モニタリング結果報告(月1回)					
	セルフマ ネジメン ト取組内 容決定	研修会・多職種グループワークの開催 各事業所連絡会・関係者会議等で説明			取組成果の 把握 報告書作成	報告 データ 等返送 2/29

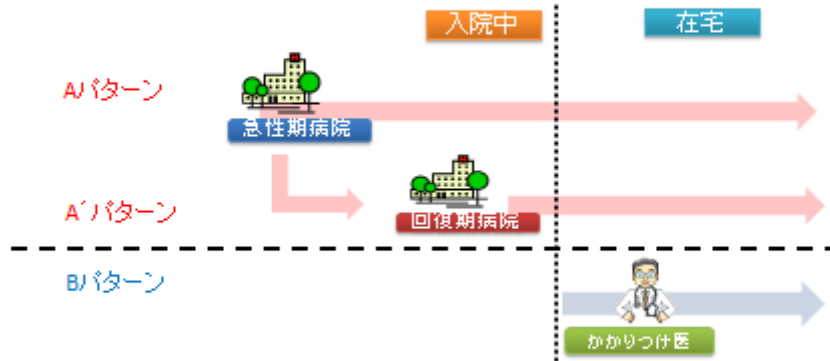
以下は、研究者である兵庫県立大学大学院経営研究科 筒井孝子氏 資料

モデル事業の取組パターン・対象者

◎取組パターン

Aパターン：急性期の入院からの情報連携+退院後のセルフマネジメント支援

Bパターン：すでに退院している患者のセルフマネジメント支援



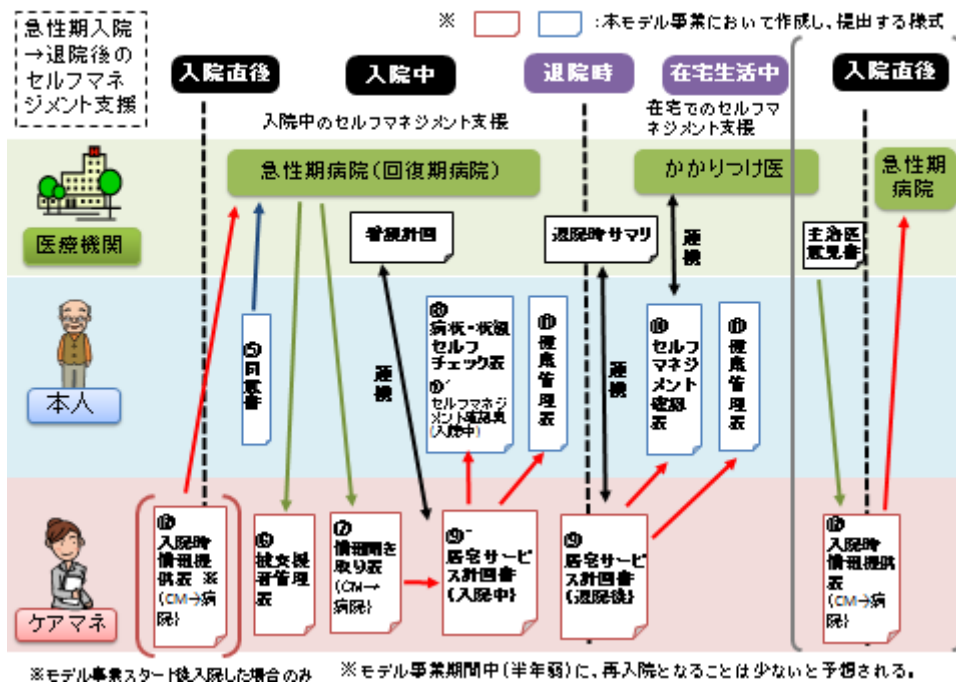
◎対象者

Aパターン：脳血管疾患で急性期病院に入院しており、急性期病院退院後、在宅復帰の可能性の高い高齢者

Bパターン：脳血管疾患罹患患者で、現在、在宅生活を送っている高齢者

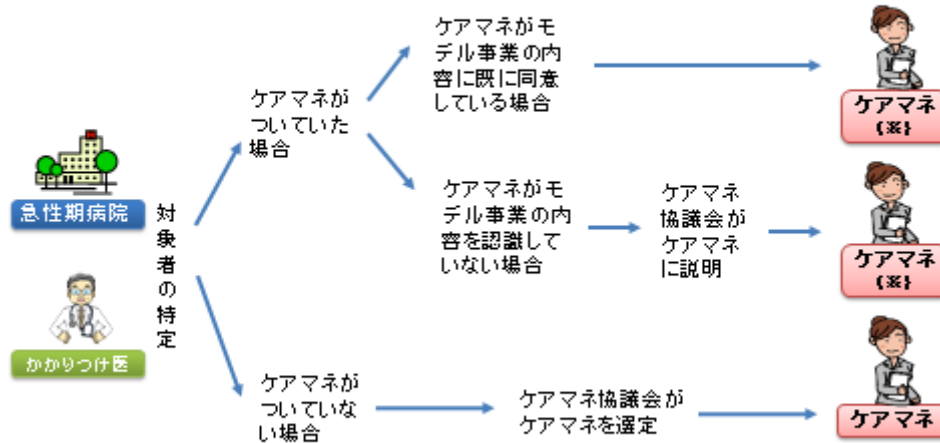
3

モデル事業の流れ（循環型連携パス）・Aパターン



武蔵野市は **Aパターン** で協力。急性期病院である 武蔵野赤十字病院に脳卒中で入院し、自宅退院する市民で、かかりつけ医が武蔵野市医師会の医師である者を対象に実施した。

支援伴走者(ケアマネ)の決定方法の概要



※ 要介護者の場合: 居宅介護支援事業所のケアマネ
要支援者の場合: 地域包括支援センター又は委託を受けた居宅介護支援事業所のケアマネ

6

ケアマネがついていない場合のケアマネの選定については、モデル事業終了後も必要に応じて相談体制がとれるメリットを活かし、対象者の地区を担当する在宅介護支援センターから選定することとした。

地域の主治医との連絡・調整は、医師会「医療介護連携支援室」の相談員が担当した。



モデル事業の事例を参考に、多職種でグループワークを行った。

(平成28年2月8日)

脳卒中の再発予防、重症化予防の重要性を確認した。

■モデル事業の経過について			
日程		内容	参加機関
平成 27 年	9月11日	筒井孝子先生 モデル事業概要説明・協力依頼	武蔵野赤十字病院 武蔵野市医師会 武蔵野市
	9月28日	武蔵野赤十字病院・武蔵野市事業打合せ	武蔵野赤十字病院医療連携センター 武蔵野市医師会・同在宅医療介護連携支援室 武蔵野市地域包括支援センター 市地域支援課
	10月13・14日	市長・副市長 説明・協議	
	10月	モデル事業の概要説明・協力依頼 ※各事業所連絡会幹事会、関係者会議、在宅医療・介護連携推進協議会の各分会等を活用し説明	地域包括支援センター
			在宅介護支援センター
			介護支援事業所連絡会
			訪問介護事業者連絡会
訪問看護・訪問リハビリ事業者連絡会			
通所介護・通所リハビリ事業者連絡会			
市 健康福祉部内各課			
進捗管理と多職種連携を目的に工程表を武蔵野市版に修正、事務局用管理表を作成			
10月～平成 28年1月	モデル事業の実施 ※4例実施	武蔵野赤十字病院	
		武蔵野市医師会・同在宅医療介護連携支援室	
		地域包括支援センター	
		在宅介護支援センター	
		市 地域支援課	
11月26日	脳卒中地域連携合同研修会 ○講師：武蔵野赤十字病院医療連携センター副センター長 高橋 紳一氏、看護師長 斎藤 恭子 氏 ○内容：脳卒中とは、脳卒中地域連携計画書について、セルフマネジメントについて	参加：113名 ケアマネジャー32名 関係機関53名 市職員28名)	
平成 28 年	2月8日 多職種合同研修会 (多職種によるグループワーク)	武蔵野市医師会	
		武蔵野市歯科医師会	
		武蔵野市薬剤師会	
		武蔵野赤十字病院	
		武蔵野陽和会病院	
		吉祥寺南病院 地域包括支援センター	

	※モデル事業を参考に事例を作成し、支援について検討		在宅介護支援センター
			居宅介護支援事業者連絡会
			訪問看護・訪問リハビリ事業者連絡会
			訪問介護事業者連絡会
			通所介護・通所リハビリ事業者連絡会
			民生児童委員
			福祉公社
			健康づくり事業団
			市 健康福祉部内各課 (計 79 名)
	2月17日	モデル事業関係者会議	武蔵野赤十字病院
			武蔵野市医師会在宅医療介護連携支援室
			地域包括支援センター
			在宅介護支援センター
		市 地域支援課	
2月23日	入退院時支援部会	モデル事業の報告	
		退院時支援の課題について	

事例紹介 (4 事例) 全事例 介護保険の申請なし。支援者は在宅介護支援センターから選定

	1 例目	2 例目	3 例目	4 例目
年齢	56 歳	75 歳	57 歳	76 歳
性別	女性	女性	女性	男性
病名	アテローム血栓性脳梗塞	アテローム血栓性脳梗塞	視床出血	脳梗塞
入院期間	10/2~ 10/24	11/8~ 11/25	12/2~12/11	1/14~ 1/30
既往歴	卵巣のう腫	なし	子宮筋腫・胃潰瘍	腎結石
BMI	27.65	23.98	24.08	22.95
高血圧	有	有	無	無
高血糖	有	有	無	無
飲酒歴	機会飲酒	ビール 350ml / 日	7 回 / 週	無
喫煙歴	有 (15 本 / 日 36 年)	無	有 (15 本 / 日 35 年)	無
家族状況	夫 子供 (2 人) 実父	独居	夫・子供 (2 人)	妻・長男
介護保険申請	無	無	無	無
伴走支援者	介護支援専門員・看護師	介護支援専門員・看護師	主任介護支援専門員・介護福祉士	介護支援専門員・社会福祉士
退院時カンファレンス	10月22日	11月24日	12月10日	1月28日

- 1 セルフマネジメント支援のための支援者の選出
 - ・支援者には、再発予防、重症化予防に関する知識が必要である。
 - ・高血圧、高血糖、高脂血症、不整脈等、既往歴や合併症のある方が多く、医学的な知識が必要となる。
 - ・入院中から医療機関との調整が必要となり、基礎資格が介護職のケアマネジャーには負担感がある。
- 2 病院の理解と院内コーディネーターの必要性
 - ・病院医師、病棟看護師との連携調整が重要である。
 - ・平均在院日数が短くなっている中、限られた期間中に病院と在宅支援者の調整が求められる。さらに患者本人、家族との関係も退院後の支援には大きく影響するため、コーディネーターの役割は重要である。
- 3 退院時指導と退院後の在宅療養生活との調整
 - ・支援のタイミング（退院直後の支援の必要性）
 - ・入院中の指導と退院後の生活をつなげる役割が重要。
- 4 長期にわたるセルフマネジメントが必要である。
 - ・民間事業所のケアマネジャーが支援できるのか？
 - ・かかりつけ医の役割の重要性、薬局・薬剤師による支援の検討が必要である。
- 5 かりつけ医のいない患者への支援が必要である。
 - ・かかりつけ医との調整（本人・家族・支援者）
- 6 セルフマネジメントに関する患者本人・家族の理解
 - ・予防も含めた市民への普及・啓発
- 7 武蔵野市においては既存の「脳卒中地域連携パス（その3）」を退院時の多職種連携シートとして活用を考えていたが、急性期病院から直接退院する場合は使いにくい。
 - ・急性期病院から在宅への退院パスの必要性の検討。